

Neuroleptihoito

SBU:n (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik) neuroleptihoitoa käsittelevän raportin (SBU-rapport 133, osat 1 ja 2, Tukholma, toukokuu 1997) yhteenveto ja johtopäätökset

**Suomeksi toimittaneet: Risto Roine ja Kristian Lampe, FinOHTA
9.9.1997**

Sisältö:

- [Johdanto](#)
- [Neuroleptien vaikutusmekanismit ja vaikutukset psykoosien hoidossa](#)
- [Neuroleptit yhdessä muiden psykoosin hoitomuotojen kanssa](#)
- [Neuroleptien liikakäyttö](#)
- [Vanhusten hoito](#)
- [Lasten ja nuorten hoito](#)
- [Kehitysvammaisten hoito](#)
- [Päihteiden väärinkäyttäjien hoito](#)
- [Ei-psykoottisten unihäiriöiden, ahdistuksen, masennuksen ja persoonallisuushäiriöiden hoito](#)
- [Sivuvaikutukset](#)
- [Taloudelliset näkökohdat](#)
- [Tulevaisuuden kehitysmahdollisuudet](#)
- [Eettiset näkökohdat](#)
- [Johtopäätökset](#)

Johdanto

Neuroleptit on yleisnimitys lääkkeille, jotka on tarkoitettu vaikeiden psyykkisten sairauksien, erityisesti psykoosien hoitoon.

Psykooseille ovat ominaisia harhaluulot ja aistiharhat, joiden aikana henkilö voi mm. kuulla ääniä, jotka seuraavat tai ohjaavat häntä. Joillakin pitkäaikaisesta psykoosista kärsivillä sairaus johtaa ajatuksenkulun häiriöihin ja tunne-elämän tukahtumiseen. Sairastunut ryhtyy karttamaan sosiaalisia kontakteja.

Psykoosien hoidolla pyritään lievittämään potilaan levottomuutta ja ahdistuneisuutta, vähentämään

psykoottisia oireita ja ehkäisemään sairauden uusiutumista. Neurolepteilla on hoidossa tärkeä asema.

Neurolepteja alettiin käyttää psykiatrisessa hoidossa 1950-luvulla. Ennen niiden käyttöönottoa ei vaikeampiin psyykkisiin sairauksiin ollut erityisen tehokkaita hoitomuotoja. Hoitoina käytettiin mm. sähköshokki- ja insuliinikoomahoitoa. Vaikeat, hoitamattomat psyykkiset sairaudet voivat joillakin henkilöillä johtaa aggressiivisuuteen ja väkivaltaisuuteen, joten potilaat uhkasivat sekä omaa että ympäristönsä turvallisuutta. Siksi monet tuon ajan psyykkisesti sairaat eristettiin tarkoin vartioituihin hoito-osastoihin, joiden ovet pidettiin lukittuina ja ikkunoissa oli kalterit.

Kun neuroleptit tulivat markkinoille oli niiden vaikutus dramaattinen, välitön ja ilmeinen. Lääkehoidolla kyettiin mm. rauhoittamaan akuutteja kaaosmaisia tiloja ja lievittämään psykoottisia oireita. Sen johdosta neuroleptien käyttö laajeni nopeasti psykiatrisessa sairaanhoidossa ja psykoottisten ihmisten elämäntilanne muuttui radikaalisti. Aiemmista hoitomuodoista, kuten pakkopaidoista ja eristysselleistä luovuttiin ja potilaat saattoivat liikkua melko vapaasti. Suurelle osalle potilaista ruvettiin harjoittamaan sosiaalisia taitoja ja jatkuvan neuroleptihoidon avulla he pääsivät mielisairaalaan avohoitoon lisäkuntoutusta varten.

Alkuinnostus neuroleptihoidon vaikutuksiin johti myös niiden avokätiseen määräämiseen yhä laajemmin indikaatioin ja yhä useammille potilasryhmille.

Vähitellen neurolepteja alettiin kuitenkin arvostella, eivät pelkästään potilasyhdistykset vaan myös tutkijat. Kritiikki kohdistui mm. neuroleptihoidon sivuvaikutuksiin, jotka joillakin potilailla olivat hyvin vakavia ja joskus pysyviä.

Viime vuosikymmenien aikana tehty neuroleptitutkimus on keskittynyt pääasiassa lääkkeen vaikutusmekanismien ja sivuvaikutusten selvittämiseen. On haluttu myös kehittää tarkemmin vaikuttavia neurolepteja, joilla on vähemmän sivuvaikutuksia sekä parantaa neuroleptien annostelua. 1950-luvulta lähtien on kehitetty lukuisia erilaisia neurolepteja, joista noin viittätoista käytetään tällä hetkellä Ruotsissa.

Edellä mainituista seikoista johtuen Ruotsin hallitus antoi SBU:lle tehtäväksi tutkia neuroleptihoitoa koskevaa tieteellistä tutkimusaineistoa.

Tehtävään asetettu työryhmä analysoi systemaattisesti ja kriittisesti yli kaksituhatta aiheesta julkaistua artikkelia. Nämä valittiin tieteellisen laadun perusteella, eli vain tietyt tieteelliset kriteerit täyttävät tutkimukset otettiin tarkastelun kohteeksi. Alueilta, joilla tiukoista kriteereistä ei voitu pitää kiinni, analysoitiin myös muita tutkimuksia. Raportin jokaisessa kappaleessa kerrotaan millä perusteilla ja millaisin rajoituksin tieteellinen aineisto on valittu. Raportin tiedot perustuvat siis täysin tieteelliseen kirjallisuuteen.

Neuroleptien vaikutusmekanismit ja vaikutukset psykoosien hoidossa

Varsin pian sen jälkeen, kun neurolepteja alettiin käyttää psykoosien hoidossa 1950-luvulla, useissa

tutkimuksissa varmistui, ettei lääkkeen vaikutus ole pelkästään hillitsevä ja väsyttävä. Lääkkeillä on myös todellinen antipsykoottinen vaikutus eli aistiharhat, harhaluulot ja ajatuksenkulun häiriöt vähenevät neuroleptihoidon aikana.

Tutkimus on osoittanut myös, että neuroleptien antipsykoottinen teho saavutetaan huomattavasti pienemmillä annoksilla kuin aikaisemmin luultiin. Edelleen on saatu lisätietoa neuroleptien rajallisesta tai olemattomasta hyödystä muiden sairauksien kuin psykoosien hoidossa. Myöskään kaikki psykooseista kärsivät eivät parane neuroleptihoidolla.

Neuroleptien vaikutus perustuu niiden kykyyn ehkäistä hermosolujen välisiä viestejä aivoissa. Nämä viestit osallistuvat ajatusten, tunteiden, liikkumiskyvyn ja koordinaation säätelyyn. Tapahtumasarjaa, joka johtaa potilaiden oireiden vähenemiseen tai häviämiseen ei täysin tunneta. Neuroleptihoidon kliiniset vaikutukset on tieteellisessä kirjallisuudessa kuitenkin dokumentoitu hyvin.

Neuroleptien vaikutuksesta psykoottisiin oireisiin tarkastettiin seikkaperäisesti mm. 55 hyvin kontrolloitua, etenevää tutkimusta. Ne osoittivat, että neurolepteillä saavutetaan skitsofreniaa (jakomielitautia) sairastavien potilaiden hoidossa merkittävästi parempi hoitotulos kuin lumelääkkeellä. Näyttö neuroleptien tehosta muissa psykoottisissa tiloissa on kuitenkin puutteellinen. Skitsofrenian hoidossa neurolepteillä saavutettava paraneminen voidaan todeta sekä sairauden akuutissa vaiheessa että ylläpito-hoidon aikana.

Tarkastellut tutkimukset osoittavat myös, että psykoosiin äkillisesti sairastuneilla tapahtuu usein spontaania paranemista, jonka takia on perusteltua mahdollisuuksien mukaan odottaa muutama viikko ennen neuroleptihoidon aloittamista. Potilailla, joiden sairaus on jatkunut hoitamattomana useita vuosia, neuroleptien teho on usein tavallista huonompi. Tutkimustulosten mukaan suuret lääkeannokset eivät ole yleisesti tehokkaampia kuin kohtuulliset annokset. Sen sijaan hyvän hoitoympäristön ja psykologisen hoidon turvin on mahdollista käyttää nykyistä pienempiä lääkeannoksia.

Vaikka neurolepteja on käytetty 40 vuotta, ei vielääkään ole käytettävissä tutkimuksia, joiden perusteella neuroleptihoidon pitkäaikaisvaikutus voitaisiin varmuudella ennustaa. On saatu viitteitä siitä, että neuroleptihoito vaikuttaa suotuisasti ennusteeseen viiden ensimmäisen vuoden aikana ja että varhainen hoito erityisesti yhdessä muiden hoitotoimien kanssa parantaa pitkäaikaishoidon tulosta. Lähes kolmannes pitkäaikaista psykoosia sairastavista ei saa neurolepteistä lievitystä oireisiinsa ja toisella kolmanneksella lääkkeen vaikutus on riittämätön. Potilaista, joiden neuroleptihoito on onnistunut, sairastuu suuri osa uudestaan kahden vuoden kuluessa lääkityksen keskeyttämisestä. Jotkut potilaat voivat kuitenkin keskeyttää hoidon ilman että psykoottiset oireet palaavat. Näin on arviolta joka kymmenennen skitsofreniaa sairastavan kohdalla. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole käytettävissä keinoja tämän ryhmän tunnistamiseksi.

Yhteenvedona voidaan todeta, että neuroleptihoito on skitsofreniapotilaiden hoidossa ylivoimainen kaikkiin muihin tähän asti tunnettuihin hoitomuotoihin verrattuna. Osa potilaista hyötyy vielä enemmän, kun neuroleptihoitoon yhdistetään muita hoitokeinoja.

Neuroleptit yhdessä muiden psykoosin hoitomuotojen kanssa

Useissa hyvin kontrolloiduissa tutkimuksissa on todettu, että skitsofrenian akuutin vaiheen jälkeisessä jatkohoidossa yhteiskunnallinen kuntoutus ja neuroleptihoito yhdistettynä psykososiaalisiin toimenpiteisiin (perheeseen kohdistuvat toimenpiteet ja tuki, sosiaalisten valmiuksien harjoittelu, yksilö- ja ryhmäterapia) tuottavat monien potilaiden kohdalla paremman tuloksen kuin pelkkä neuroleptihoito. Yhdessä näistä tutkimuksista on osoitettu, että yhdistelmähoito vähentää neuroleptihoidon tarvetta ja näin ollen myös sivuvaikutuksia. Yhdistelmähoito voi olla myös kustannuksiin suhteutettuna tehokkaampaa kuin perinteinen psykoosin hoito, koska harvemmat potilaat sairastuvat uudestaan ja hoidon tarve näin vähenee, ja koska useammat elävät sosiaalisesti tyydyttävästi ja voivat käydä töissä. Näistä myönteisistä tuloksista huolimatta on skitsofreniapotilaiden kuntoutuksessa edelleen suuria ongelmia. Nämä johtuvat mm. taudin muista oireista kuten syrjäänvetäytyneisyydestä, aloitekyvyn puutteesta ja tunne-elämän köyhtymisestä.

Psykososiaalinen hoito ei voi korvata neurolepteja, mutta tutkimustiedon mukaan erityisesti akuutista psykoosista kärsivän potilaan kohdalla turvallinen ja empaattinen kohtaaminen voi johtaa siihen, että pienennöksen neuroleptihoito riittää.

Neuroleptien liikkakäyttö

On luonnollisesti tärkeää, että neuroleptien sivuvaikutuksia yritetään eri tavoin vähentää. Ensi sijassa tämä tapahtuu rajoittamalla hoidon indikaatiot potilasryhmiin, jotka saavuttavat todellisen hyödyn näistä lääkkeistä. Vähitellen asenne neuroleptihoitoa kohtaan on muuttunut kriittisemmäksi ja pidättyväisemmäksi, ja viime vuosien aikana neuroleptien käyttö on Ruotsissa jonkin verran vähentynyt.

Näyttää kuitenkin siltä, että neurolepteja määrätään vieläkin liikaa. Lääketilastot osoittavat, että noin 30 % neurolepteista määrätään potilaille, joilla hoidon sivuvaikutukset voivat olla suuremmat kuin siitä saatava hyöty.

Vanhusten hoito

Vanhenemisen myötä aivojen toiminta muuttuu. Useimmilla ihmisillä alkaa aivojen hermosolujen välittäjäaineiden (erityisesti noradrenaliinin ja dopamiinin) määrä vähentyä 65 ikävuoden paikkeilla. Tämä vaikuttaa myös ihmisen reaktioihin joihinkin lääkkeisiin. Muunmuassa tämän takia vanhempien ihmisten reaktiot lääkkeisiin ja heidän niistä saamansa sivuvaikutukset ovat erilaisia kuin nuorilla.

Tutkimustieto ei tue muiden kuin psykoottisista oireista kärsivien vanhusten hoitoa neurolepteillä. Nykytiedon valossa onkin syytä olla hyvin pidättyväinen vanhusten neuroleptihoidon suhteen. Tämä erityisesti siksi, että vanhuksat ovat herkkiä neuroleptien sivuvaikutuksille, mikä mm. johtuu neuroleptien yhteisvaikutuksista muiden lääkkeiden kanssa ja lääkkeiden pidemmästä vaikutusajasta vanhuksilla.

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että dementian hoidossa neuroleptien teho ei ole parempi kuin

lumelääkkeen. Sivuvaikutukset voivat kuitenkin olla merkittäviä, joskaan tätä ei ole riittävän hyvin todistettu neuroleptihoitoa saaneiden dementiapotilaiden kohdalla. Myöskään dementiapotilaiden lääkehoidon ja muiden hoitotoimenpiteiden tehoa ei ole verrattu.

Sairaskodeissa hoidettavista vanhuksista saa asiaa selvittäneen tutkimuksen mukaan noin 30 % neuroleptihoitoa, kun koko 75 vuotta täyttäneestä väestöstä neuroleptihoitoa saa yli kuusi prosenttia. Tämän suhteellisen yleisen neuroleptien määräämisen indikaatioita ei tunneta, mutta koska dementia on tässä ikäryhmässä yleisin psykiatrinen diagnoosi, vaikuttaa siltä, että neurolepteja määrätään Ruotsissa selvästi liikaa.

Vanhuksia tulee hoitaa neurolepteillä vain psykoosien yhteydessä ja silloinkin huomattavasti pienemmin lääkeannoksin kuin nuoria ja keski-ikäisiä potilaita.

Lasten ja nuorten hoito

Lasten ja nuorten hoitoa käsitteleviä tutkimuksia on vähän ja poikien ja tyttöjen hoitotulosten mahdollisia eroja analysoivia tutkimuksia ei lainkaan. Käytettävissä olevat tutkimukset osoittavat, että alle 18-vuotiaista hoidetuista neuroleptihoito aiheuttaa vakavia sivuvaikutuksia noin 30 %:lle.

Koska neuroleptihoidon mahdollisista eduista on käytettävissä vain niukka tieteellinen näyttö, tulee hoitoa lasten ja nuorten kohdalla käyttää vain vaikeiden psykoosien, vakavien autismiin liittyvien käytöshäiriöiden ja Touretten syndroomaan liittyvien vaikeiden nykimisoireiden hoitoon.

Kehitysvammaisten hoito

Tutkimuksista saatava tieto puoltaa vain niukasti tai ei lainkaan nuorten kehitysvammaisten neuroleptihoitoa. Tämä pätee myös itsetuhoisesti käyttäytyviin potilaisiin. Aikuisten kehitysvammaisten pieniannoksiselle neuroleptihoidolle on jonkin verran tieteellistä perustetta tapauksissa, joissa mikään muu hoito ei ole tehonnut invalidisoivaan ja häiritsevään käyttäytymiseen.

Päihteiden väärinkäyttäjien hoito

Päihteiden väärinkäyttäjien kohdalla eivät neuroleptit kirjallisuuden mukaan ole osoittautuneet lumelääkettä paremmiksi äkillisten vieroitusoireiden tai delirium tremensin (juoppohulluuden) hoidossa. Niillä ei myöskään ole sijaa heroininvieroituksessa, jossa joko neuroleptien sivuvaikutukset ovat vaikeammat tai lääkkeen teho huonompi kuin lumelääkkeen.

Vieroituksen akuuttivaiheen jälkeisen levottomuuden, apeuden ja ärtyneisyyden hoidossa neuroleptit ovat kuitenkin lumelääkettä tehokkaampia. Sama pätee mahdollisesti myös alkoholin juomishimon hoitoon. Neuroleptihoidon sivuvaikutusten mahdollisuus on väärinkäyttäjillä kuitenkin suurempi kuin muilla, joten sitä tulee yleensä välttää.

Ei-psykoottisten unihäiriöiden, ahdistuksen, masennuksen ja

persoonallisuushäiriöiden hoito

Neurolepteja käytetään tai on käytetty myös ei-psykoottisten unihäiriöiden, ahdistuksen, lievien masennustilojen ja käytöshäiriöiden hoitoon. Joidenkin edellä mainittujen tilojen hoidossa on neuroleptien vaikutuksista olemassa kielteisiä tutkimustuloksia.

Unihäiriöiden hoidossa bentsodiatsepiinit ovat harvalukuisten tutkimusten mukaan tehokkaampia kuin neuroleptit. Ahdistustilojen hoidosta kertynyt näyttö on rajallista, mutta saatavissa olevat tiedot osoittavat, että vakavien sivuvaikutusten vaara on suurempi kuin hoidosta saatava hyöty.

Masennustilojen neuroleptihoidosta tehdyt tutkimukset viittaavat siihen, ettei masennuspotilaille ole syytä määrätä neurolepteja, ellei potilas samalla kärsi psykoottisista oireista. Neuroleptihoitoa ei myöskään ole syytä aloittaa avohoidossa yleisille potilaille, joiden oireet koostuvat ahdistuksesta, alakuloisuudesta ja epämääräisistä ruumiillisista oireista. Matala-annoksisen neuroleptihoidon antidepressiivisesta vaikutuksesta on kylläkin näyttöä, mutta koska masennuksen hoito on usein pitkäaikaista, ei ole oikeutettua altistaa potilaita vakaville sivuvaikutuksille, kun käytettävissä on turvallisempia ja tehokkaampia vaihtoehtoja. Neurolepteillä ei myöskään pidä hoitaa persoonallisuushäiriöitä muuten kuin silloin kun potilaalla on samanaikaisesti psykoottisia oireita.

Sivuvaikutukset

Neuroleptihoidon suurin vaara on siihen liittyvät sivuvaikutukset. Joillekin neuroleptihoito - kuten kaikki lääkehoidot - aiheuttaa yleisiä sivuvaikutuksia kuten allergioita ja maksan toimintahäiriöitä. Tavallisempia neuroleptien sivuvaikutuksia ovat suun kuivuminen, näköhäiriöt sekä ruokahalun lisääntyminen ja siten painon nousu. Pelätympiä ja myös valitettavan yleisiä ovat lihasten toimintaan ja koordinaatioon liittyvät häiriöt ja potilaiden hyvin ärsyttävinä kokemat psykologiset sivuvaikutukset.

Lihashäiriöt johtuvat neuroleptien aivojen hermosolujen toimintaa estävästä vaikutuksesta ja voivat johtaa koko kehon tai vain kasvojen, suun ja kielen lihaskouristuksiin. Ne voivat ilmetä myös yleisenä motorisena levottomuutena, jonka aikana potilas keinuu levottomasti edestakaisin tai kulkee ympäriinsä. Vaivat voivat muistuttaa Parkinsonin tautiin liittyviä oireita ja ilmentyä jäykkyytenä, vapinana ja liikkumisvaikeutena. Myös tahdottomia liikkeitä kuten jatkuvaa pureskelua, irvistelyä, kielen työntymistä ulos tai käsien ja jalkojen heiluttelua esiintyy.

Lihashäiriöitä voi esiintyä sairauden akuutissa vaiheessa kun hoito aloitetaan tai kun lääkeannosta lisätään. Useimmiten nämä sivuvaikutukset häviävät jos neuroleptiannosta vähennetään ja/tai aloitetaan vastalääkitys. Lihashäiriöitä esiintyy myös pitempiaikaisen neuroleptien käytön jälkeen. Erityisen tavallisia ovat tahdottomat liikkeet; ne eivät aina lopu vaikka lääkitys keskeytetään. Sivuvaikutuksia esiintyy noin neljäsosalla potilaista, joita on hoidettu neurolepteillä viiden vuoden ajan tai kauemmin ja puolella heistä sivuvaikutukset jäävät pysyviksi. Sivuvaikutukset ovat pelättyjä ja tärkeä syy siihen, että neuroleptihoitoa tulee rajoittaa tiukoin indikaatioasetteluin ja hoitoannosten tulee olla niin pieniä kuin mahdollista.

Harvinainen, mutta potentiaalisesti hengenvaarallinen sivuvaikutus on niin kutsuttu maligni neuroleptisyndrooma, johon voimakkaan lihasjäykkyyden lisäksi liittyy korkea kuume ja tajunnan häiriöt. Jos tila huomataan ajoissa ja neuroleptihoito keskeytetään, paranevat useimmat potilaat täysin.

Toisen tyyppisiä, eniten potilaita häiritseviä sivuvaikutuksia ovat psykologiset sivuvaikutukset. Potilas voi tuntea itsensä haluttomaksi tai hänestä tuntuu, että hän ikäänkuin seuraa elämää lasikuvun sisäلتä (Zombie-tunne). Tällaiselle tilalle on tyypillistä hidas ajatustenkulku, vaikeutunut tunne-elämä, energisyyden puute ja joskus alakuloisuus. Näitä sivuvaikutuksia pidetään tärkeimpänä syynä sille, että monet potilaista lopettavat kokonaan lääkityksen tai ovat haluttomia jatkamaan sitä.

Varsinkin suuriannoksinen neuroleptilääkitys voi aiheuttaa erityisen alttiille potilaille sydämen rytmihäiriöitä, jotka joissakin yksittäisissä tapauksissa voivat johtaa kuolemaan.

Taloudelliset näkökohdat

Psykoosien yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset ovat suuret. Vuonna 1994 olivat psykooseista johtuvan sairaanhoidon, sairauslomien ja ennen aikaisten eläkkeellesiirtymisten aiheuttamat kokonaiskustannukset Ruotsissa noin 10 miljardia kruunua (6,9 miljardia markkaa). Näistä suorat sairaanhoitokustannukset muodostivat noin 5,5 miljardia kruunua (3,8 miljardia markkaa).

Pelkkä neuroleptihoito maksoi 1994 noin 175 miljoonaa kruunua (120 miljoonaa markkaa). Tästä noin 115 miljoonaa kruunua (80 miljoonaa markkaa) kohdistui psykoosista kärsivien potilaiden hoitoon. Näin ollen muiden indikaatioiden kuin psykoosien takia määrätty neuroleptihoito maksoi vuonna 1994 60 miljoonaa kruunua (41 miljoonaa markkaa).

Viime vuosina markkinoille tulleet uudentyyppiset neuroleptit ovat vähitellen levinneet yhä laajempaan käyttöön. Jos kaikki psykoosia sairastavat potilaat vähitellen saisivat uusia valmisteita, nousisi neuroleptihoidon hinta tämänhetkisestä 175 miljoonasta kruunusta/vuosi noin miljardiin kruunuun/vuosi. Tähän mennessä ovat uudet valmisteet lisänneet lääkekustannuksia noin 40 miljoonalla kruunulla (28 miljoonaa markkaa) vuosittain.

Lääkekustannusten kasvu voi hyvin olla perusteltua niin humanitäärisistä kuin taloudellisistakin syistä. Tämän edellytyksenä on kuitenkin nykyisin, että uudet valmisteet parantavat merkittävästi - eivät vain marginaalisesti - psykoosien ennustetta ja/tai vähentävät sivuvaikutusten määrää. Tähän astiset uusia valmisteita koskevat tutkimukset eivät toistaiseksi kuitenkaan ole tyydyttävällä tavalla osoittaneet, että tällaisia etuja olisi vanhoihin valmisteisiin verrattuna. Vaikka on mahdollista, että uusilla valmisteilla on vähemmän sivuvaikutuksia, ei toistaiseksi ole käytettävissä yhtään julkaistua tutkimusta, jossa tämä olisi osoitettu tyydyttävällä tavalla. Klotsapiini, joka on huomattavan usein tehokas silloin kun muista neurolepteistä ei ole hyötyä, on tässä suhteessa poikkeus. Sen käyttöä rajoittaa kuitenkin vaara luuytimen vahingoittumisesta, minkä vuoksi hoito vaatii perusteellista seuranta.

Tulevaisuuden kehitysmahdollisuudet

Aikaisempaa tehokkaampien tai sivuvaikutuksiltaan vähäisempien psykoosilääkkeiden kehittämiseksi on käynnissä intensiivinen tutkimus. Monia uusia lääkeaineita koskevat alustavat tulokset ovat lupaavia, mutta niiden perusteella ei vielä pystytä arvioimaan uusien valmisteiden mahdollisia etuja vanhempiin neurolepteihin verrattuna.

Eettiset näkökohdat

Neuroleptihoito, jota joissain tapauksissa annetaan vastoin potilaan tahtoa, herättää monia eettisesti tärkeitä kysymyksiä. Näitä tullaan käsittelemään SBU:n tulevassa psykiatrasta etiikkaa käsittelevässä raportissa.

Johtopäätökset

- Neuroleptit muodostavat lääkeryhmän, joka on osoittautunut hyvin arvokkaaksi skitsofrenian (jakomielitaudin) ja skitsofrenian kaltaisten tilojen hoidossa alle 65-vuotiailla ja niillä, joiden sairaus ei ole kestänyt pitkään.

Tieteellinen tutkimusaineisto osoittaa, että neuroleptihoidon ansiosta noin kolmasosa skitsofreniaa sairastavista tulee oireettomaksi ja kolmasosan tila paranee. Kolmasosalle potilaista ei kuitenkaan ole mitään hyötyä hoidosta.

Ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoidossa tulee tämänhetkisen tietämyksen perusteella odottaa, mikäli mahdollista, noin viikko ennen neuroleptilääkityksen aloittamista. Tämä aika tarvitaan tarkkailua, sairauden määrittelemistä ja spontaanin paranemistaipumuksen arviointia varten.

Sen jälkeen on syytä käyttää jonkin tehokkaaksi osoittautuneen standardivalmisteen pienintä mahdollista annosta. Päätöksen neuroleptihoidon aloittamisesta tulee perustua psykiatrian, tai lapsipotilaiden hoidossa lastenpsykiatrian erikoislääkärin tutkimukseen. Yleiselle suuriannoksiselle hoidolle ei ole tieteellisiä perusteita, koska antipsykoottinen vaikutus saavutetaan jo kohtuullisilla annoksilla.

- Skitsofreniassa neuroleptihoito tulee yhdistää muuhun hoitoon, johon liittyy potilaan perheen tukeminen sekä sosiaalinen, psykologinen ja psykoterapeuttinen apu. Kirjallisuus osoittaa, että sairauden ennustetta voidaan tällä tavoin monessa suhteessa entisestään parantaa ja samalla neuroleptien tarvetta ja niiden aiheuttamia sivuvaikutuksia vähentää.
- Neuroleptihoito aiheuttaa usein vakavia, toisinaan pysyviä sivuvaikutuksia ja sen vuoksi lääkkeen käyttö tulee rajoittaa vaikeista psykoottisista tiloista kärsiviin potilaisiin.

Levottomia vanhuksia tai vanhuuden dementiaa sairastavia ei pidä hoitaa neurolepteillä, ellei heillä ole selviä psykoottisia oireita. Neurolepteillä ei ole osoitettu olevan vaikutusta oireisiin kuten kovaääninen huutaminen, päämäärätön vaeltelu tai epäspesifinen levottomuus.

Sama koskee myös nuorten kehitysvammaisten sekä muiden lasten ja nuorten neuroleptihoitoa. Poikkeuksena ovat autismiin, Touretten syndroomaan tai skitsofreniaan liittyvät vakavat häiriöt.

Myöskään unihäiriöiden, ahdistuksen, masentuneisuuden, delirium tremensin (juoppohulluuden) tai heroiinivieroituksen yhteydessä neuroleptihoidolle ei ole tieteellistä perustaa. Hoidosta saatavaa marginaalista hyötyä vastaan vaakakupissa painavat lääkityksen merkittävät sivuvaikutukset.

- Ruotsissa merkittävä osa neurolepteistä määrätään indikaatioilla, joilla ei ole tieteellistä perustaa potilaan saamasta hyödystä. Tämä koskee pääosin lääkemääräyksiä, jotka ovat johonkin muuhun sairauteen kuin psykoosiin, sekä erityisesti vanhusten hoitoa. Psykoosien hoidossa käytetään sitäpaitsi edelleen ajoittain suuria neuroleptiannoksia, joista ei ole osoitettu olevan enempää hyötyä kuin kohtuullisista annoksista. Uusia ja aiempaa kalliimpia lääkkeitä, joiden paremmasta tehosta tai vähemmistä sivuvaikutuksista ei ole selvää näyttöä, käytetään enenevässä määrin. Tämä johtaa lääketieteellisten vaarojen lisäksi käytettävissä olevien resurssien väärinkäyttöön.

Onkin tärkeää, että sekä lääkeshoidosta vastaavat viranomaiset että psykiatrian alan ammattihenkilöt osallistuvat eri tavoin tämän raportin sisältämän tiedon levitykseen. Tämä tieto on myös Ruotsin Lääkelaitoksen hiljattain julkaiseman neuroleptien käytön kliinisten suuntaviivojen oppaan perustana. Jatkokoulutuksen avulla ohjeet täytyy saada erityisesti psykiatrien, yleislääkäreiden ja geriatrien tietoisuuteen. Ruotsissa tällä hetkellä vallitsevaa suurta vaihtelua (joissakin lääneissä määrätään neurolepteja huomattavasti useammin kuin muissa) täytyy näin voida huomattavasti vähentää.

- Psykoosien hoitoon on tärkeää kehittää uusia, aikaisempaa tehokkaampia lääkkeitä, joilla ei ole lamauttavia ja potilaiden liikkumista vaikeuttavia sivuvaikutuksia kuten perinteisillä neurolepteilla. Uudet lääkkeet tulee testata ja niitä pitää verrata perinteisiin lääkkeisiin kontrolloiduissa kliinisissä tutkimuksissa, joissa selvitetään sekä niiden vaikutus ja turvallisuus että lääkehoitoa koskevat taloudelliset tekijät. Psykiatrian alalle tulee rakentaa verkosto, joka edistää tällaisten tutkimusten nopeaa ja tehokasta toteuttamista.

Koska seurantatutkimuksia ja vaikuttavuusarviointeja on riittämättömästi, tarvitaan yhteisvastuullisia toimia. Tarvitaan mm. tutkimusta siitä, miten neuroleptihoito voidaan parhaiten yhdistää muihin hoitomuotoihin ja organisaatiomalleihin potilaan parantumiseksi.

Jotta hoitoa voitaisiin saada paremmaksi, tarvitaan lisää tietoa psykoosien syntymekanismeista. Psykoottisten sairauksien laajuuden ja niiden potilaalle ja hänen perheelleen aiheuttamien vakavien seurausten vuoksi on tarpeen korostaa alan perus- ja kliinisen tutkimuksen merkitystä. Erityisen tärkeää on panostus terveyden- ja sairaanhoidon tutkimukseen, koska neuroleptihoito aina toteutetaan jossakin hoito-organisaatiossa, jonka ominaisuudet eivät aina ole parhaat mahdolliset.

Suomessa vuoden 1997 Pharmaca Fennican mukaan markkinoilla olevat neuroleptit kauppanimen mukaan aakkosjärjestyksessä lueteltuina (suluissa vaikuttava aine):

Buronil (melperoni)
Cisordinol (zuklopentiksoli)
Cloxan (klooriprotikseeni)
Fluanxol (flupentiksoli)
Klorproman (klooripromatsiini)
Leponex (klotsapiini)
Levozin (levomepromatsiini)
Majeptil (tioproperatsiini)
Melleril (tioridatsiini)
Melpax (melperoni)
Moban (molindoni)
Neulactil (perisiatsiini)
Nozinan (levomepromatsiini)
Orsanil (tioridatsiini)
Pacinol (flufenatsiini)
Peratsin (perfenatsiini)
Risperdal (risperidoni)
Squalone (flufenatsiini)
Serenase (haloperidoli)
Sparine (promatsiini)
Suprium (sulpiridi)
Truxal (klooriprotikseeni)
Zyprexa (olantsapiini)

Tämä ja aiemmat TAselosteet ovat luettavissa myös Internetissä: <http://www2.stakes.fi/finohta/>.

Alkuperäinen (englanninkielinen) yhteenveto ja johtopäätökset ovat luettavissa osoitteessa:
<http://www.sbu.se/sbu-site/news/abstracts/treatwineurolept.html>

VERKKOEXTRA Edellinen osoite päivitetty.

Alkuperäisen raportin tilaus:
SBU, P.O.Box 16158, S-103 24 Stockholm, Sverige
Tel: + 46 8 611 19 13 Fax: + 46 8 611 79 73